

WindRose Health Network

New Pediatric Patient Health Questionnaire (新規患者登録用 【子ども用】問診票)

Name (氏名) <ローマ字> _____ <日本語> _____

Date of Birth (生年月日) Month (月) _____ Day (日) _____ Year (年) _____

Parents Name (親の氏名) _____

問診票は、可能であれば英語でご記入ください。わからない部分は日本語でも構いません。

Why are you here today? (今日相談したいことは何ですか)

Are you on any Medicine? (薬は飲んでいますか) YES or NO

Name of Medicine (薬の名前)	Started when? (いつから薬を 飲んでいるか)	Dose(mg) (用量)	How often? (服用の頻度)	Purpose, Why (服用の理由)
例) Tylenol	2010	650mg	3 times/day	Back pain

Health problems (現在かかっている、または過去にかかった病気)

Please put a (✓) check mark If you had the following condition or problems in the past or currently have any of following: (過去にかかった、または現在かかっている病気にチェックしてください。)

Heart disease (心臓病)		Constipation (便秘)	
Heart murmur (心臓の雑音)		Bowel problems (腸の病気)	
Pneumonia (肺炎)		Back pain (腰の痛み)	
Asthma (喘息)		Joint pain (関節の痛み)	
Croup (クループ)		Urinary tract infection (尿路感染症)	
Bronchiolitis (細気管支炎)		Developmental delay (発達遅滞)	
Febrile seizure (熱性けいれん)		ADHD (注意欠陥多動性障害)	
Seizure/convulsions (けいれん)		Mental illness (こころの病)	
Headache, Migraine (頭痛、片頭痛)		Kidney disease (腎臓の病気)	
Kawasaki disease (川崎病)		Atopic dermatitis (アトピー性皮膚炎)	
Anemia (貧血)		Allergic rhinitis (アレルギー性鼻炎)	
Eye disease (眼の病気)		Food allergy (食物アレルギー)	
Bone (骨) の病気		Genetic disorder (遺伝性の病気)	

Other health problems (その他の病気) :

Name (氏名) <ローマ字> _____

- Do you eat breakfast? (朝食は食べていますか) YES or NO
- Please list the name, age and relationship of the people living in your home. (一緒に住んでいる家族の名前、年齢、関係を記入してください。)

Name (名前)	Age (年齢)	Relationship (本人から見た関係)

Girls Only (女の子のみお答えください)

Did your period start? (初潮はありましたか) Yes or No

At what age did you start her periods? (初潮は何歳の時ですか) _____

Is your menstrual period regular? (月経は定期的にくってきますか) Yes or No

How often does your period come? (月経の間隔は) _____ 日周期

Immunizations (予防接種) :

※診察時には予防接種の記録 (母子手帳や予防接種証明書など) を持参してください。

Other comments or details that may affect your health or your treatment:

(その他、診察を受けるにあたり、医師に伝えておきたいことはありますか?)

Date (記入日) _____

Patient Signature (サイン) _____